



**Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Terapia Ocupacional**

Allan de Sousa Silva

**O uso terapêutico de atividades e o enfrentamento do sofrimento,
da dor e a resignificação do cotidiano durante o processo de
hospitalização em uma paciente oncológica**

Brasília - DF

2015

Allan de Sousa Silva

**O uso terapêutico de atividades e o enfrentamento do sofrimento,
da dor e a resignificação do cotidiano durante o processo de
hospitalização em uma paciente oncológica**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como exigência para obtenção
do grau de Bacharelado em Terapia
Ocupacional da Universidade de Brasília.

Orientador: Letícia Meda Vendrusculo
Fangel

Brasília - DF

2015

SILVA, Allan de Sousa.

O uso terapêutico de atividades e o enfrentamento do sofrimento, da dor e a ressignificação do cotidiano durante o processo de hospitalização em uma paciente oncológica. Allan de Sousa Silva – Brasília: Universidade de Brasília, 2015.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, 2015.

Orientadora: Letícia Meda Vendrusculo Fangel

DESCRIPTORIOS

Terapia Ocupacional, Serviço Hospitalar de Terapia Ocupacional, Sofrimento, Oncologia, Cuidados Paliativos.

Allan de Sousa Silva

**O uso terapêutico de atividades e o enfrentamento do sofrimento,
da dor e a resignificação do cotidiano durante o processo de
hospitalização em uma paciente oncológica**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como exigência para obtenção
do grau de Bacharelado em Terapia
Ocupacional da Universidade de Brasília.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª. Me. Letícia Meda Vendrusculo Fangel
(Orientadora – Membro Interno – FCE – UnB)

Me. Flávia Nunes Fonseca
(Banca Avaliadora – Membro Externo – HUB – UnB)

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Aprovado em:

Brasília, 01 de Dezembro de 2015.

DEDICATÓRIA

A M.V que tão docemente me permitiu colher as lágrimas e sorrisos de sua finitude.

AGRADECIMENTOS

A construção deste trabalho contou com a participação de tantas pessoas, de tantas formas que se faz indispensável esse agradecimento. Inicialmente à Deus que, em sua infinita misericórdia, me coroou com sua paz durante todo esse processo.

A Leticia M. V. Fangel, mais que minha orientadora, uma amiga que semeou e cultivou em mim o amor pela Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares. Obrigado por dividir comigo processo de construção profissional.

À Izabella Oliveira Rodrigues com quem dividi sala, mesas na biblioteca, sorrisos, angústias e lágrimas. Vencemos essa fase juntos.

Aos demais amigos que a UnB trouxe a minha vida e que, de várias formas, contribuíram com esse trabalho, seja com sua companhia ou com o simples fato de poder contar com seus posicionamentos, Laura Almeida, que inspirou-me enquanto sacolejávamos a caminho de nosso campo de estágio, Ana Carolina Oliveira, Bruna Bertulucci, Débora Carcute, Fernanda Lopes, Raquel Alves, Maria Luiza Andrade e em especial Nathália Rezende que, com sua amizade, contribuiu imensamente e de diversas formas com esse trabalho e com o enfrentamento das dificuldades durante toda a graduação.

Aos familiares e amigos de M.V que acreditaram em minhas propostas e me permitiram intervir junto a alguém tão querido participando sempre.

Agradeço também à toda equipe do HUB, em especial enfermeiros, técnicos, agentes de segurança e limpeza e à equipe médica, que tão gentilmente colaboraram com minhas intervenções de forma direta ou indireta, em especial a Flávia Nunes que dividiu comigo alguns momentos cruciais nessa intervenção.

À minha mãe Rozilene Dias e irmã Andressa de Sousa, que me forneceram a base para chegar até aqui e com quem dividi os bons e maus momentos, obrigado!

Finalizo agradecendo especialmente a M.V pelos desafios que me proporcionou, pelo seu esforço na execução das propostas e crença na Terapia Ocupacional e por se permitir ensinar e aprender comigo.

“Minha alma tem o peso da luz.
Tem o peso da música.
Tem o peso da palavra nunca dita,
prestes quem sabe a ser dita.
Tem o peso de uma lembrança.
Tem o peso de uma saudade.
Tem o peso de um olhar.
Pesa como pesa uma ausência.
E a lágrima que não se chorou.
Tem o imaterial peso da solidão no meio de outros.”

RESUMO

O presente trabalho objetivou intervir junto a uma paciente em internação hospitalar oncológica impactando, através de intervenções terapêuticas ocupacionais, em seu cotidiano, favorecendo, assim, um melhor enfrentamento da experiência de internação através de ações centradas no sujeito e em suas atividades de vida diária. O relato conta com um conjunto de dez atendimentos em que trabalharam-se diversos objetivos entre eles o controle da dor, o enriquecimento do cotidiano, a oferta de orientações posturais que favoreceram mais conforto e alívio de sintomas e orientações aos familiares e acompanhante.

Discutiu-se o uso de atividades previamente analisadas com o objetivo de adequarem-se às condições clínicas da paciente e de sua execução no leito hospitalar. Os atendimentos, que ocorreram junto a paciente e seus familiares e a discussão do caso permeou-se junto a orientação e membros da equipe multiprofissional como enfermeiros, médicos e psicólogas, o que favoreceu inclusive ações em conjunto.

As principais conclusões foram reflexões quanto a importância de um atendimento mais humanizado no ambiente hospitalar, centrado na pessoa e não na doença, a importância de uma visão de cuidados integrais por parte da equipe e a valor do trabalho conjunto, principalmente quando se objetiva o combate ao sofrimento, controle da dor e sintomas de forma efetiva.

SILVA, A. S. O uso terapêutico de atividades e o enfrentamento do sofrimento, dor e ressignificação do cotidiano durante o processo de hospitalização em uma paciente oncológica. 42F. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2015.

Palavras-chave:

Terapia Ocupacional Hospitalar, Hospital, Internação, Oncologia, Cuidados Paliativos, Sofrimento, Controle da dor.

Descritores:

Terapia Ocupacional, Serviço Hospitalar de Terapia Ocupacional, Dor, Oncologia, Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

This study aimed to describe an intervene with a patient in an oncologic hospital using occupational therapeutic interventions in her daily live. The intervention objective was help the patient to have a better hospital experience using actions centered on the client and in their activities of daily living. The case study has ten sessions with several goals including pain control, daily enrichment, provision of postural orientations favoring more comfort and relief of symptoms and guidance to families and companion.

The use of activities previously analyzed was discussed previously in order to conform to the clinical condition of the patient and their implementation in the hospital bed. The sessions took place next to patients and their families and the case discussion is permeated with the guidance and members of the multidisciplinary team such as nurses, doctors and psychologists, which favored including actions together.

The main conclusions were reflections about the importance of a more humanized care in the hospital, centered on the person rather than the disease, the importance of a vision of comprehensive care by the staff and the value of working together, especially when it aims to combat suffering, pain control and symptoms effectively.

Keywords: Occupational Therapy, Palliative Care, Pain Control, Hospital, Occupational Therapy Department Hospital, Oncology.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Panorama Histórico da Terapia Ocupacional Hospitalar	13
1.2 Pacientes oncológicos hospitalizados e a Terapia Ocupacional	14
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo Geral	17
3.2 Ojetivos Específicos	17
4 METODOLOGIA	18
4.1 Tipo de estudo	18
4.2 Local	18
4.3 Seleção do caso	18
4.4 Sujeito alvo	19
4.5 Coleta de dados	Erro! Indicador não definido.0
4.6 Análise dos dados	Erro! Indicador não definido.2
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	183
5.1 A estruturação do vínculo e o direito de dizer não	134
5.2 Sofrimento e análise da atividade	31
5.3 Controle da dor e cuidados paliativos	37
5.4 Atendimentos multidisciplinares, intervenção junto aos familiares e acompanhantes...	41
6 CONCLUSÕES	45
REFERÊNCIAS	46

1 INTRODUÇÃO

1.1 Panorama Histórico da Terapia Ocupacional Hospitalar

A origem da Terapia Ocupacional (T.O) está intimamente ligada aos contextos hospitalares. O uso de atividades, mesmo sem cunho terapêutico, é aplicado nesse ambiente há muito tempo por diferentes profissionais, tais como: enfermeiros, médicos e assistentes sociais. Os objetivos do uso das atividades iam desde a manutenção dos serviços de saúde, como em hospitais psiquiátricos, hospitais gerais etc. onde os doentes eram encaminhados a atividades de limpeza, organização, cultivo e preparo de alimentos e produção de artigos para comercialização. Observou-se uso dessas atividades também como ferramenta disciplinar e, em ambos os casos, os efeitos terapêuticos começaram a ser observados (FRANCISCO,2004).

Dessa forma, observa-se uma dualidade histórica com relação ao surgimento da T.O que é resumida por Soares (1991) citada por De Carlo e Luzo (2004):

“A Terapia Ocupacional surgiu, basicamente, de dois processos: ocupação dos doentes crônicos em hospitais de longa permanência, com base em programas recreativos e/ou laborterápicos, e restauração da capacidade funcional dos incapacitados físicos em programas multidisciplinares de reabilitação [...]” (Soares (1992) in De Carlo, M. M.R.P. e Luzo M. C., 2004)

Contextualizando essa relação, T.O e Hospital, no Brasil, observa-se um novo ator que agiu fundamentalmente para a instauração dessas ações terapêuticas ocupacionais como atuação profissional especializada, o contexto pós Guerra e seus sequelados e doentes crônicos. Traçando um panorama baseado em eventos, o que se observa é que a T.O estava onde as pessoas estavam, num contexto pós-guerra imediato os pacientes estavam nos grades hospitalares e lá observou-se a instauração da T.O como prática especializada.

A partir desse contexto pós-guerra, nota-se um movimento de ampliação da oferta de serviços de saúde e reorganização hospitalar que passou a preconizar tratamentos principalmente voltados a recuperação em menos tempo de pacientes comprometidos principalmente em áreas como saúde mental e reabilitação física o que conduziu a terapia ocupacional para fora do hospital geral e a conduziu para novas práticas e tendências como a T.O social e serviços comunitários de saúde e/ou educação, centros de reabilitação e ambulatorios especializados (CAVALCANTE, 2008).

Refletindo sobre a pluralidade do hospital observamos a diversidade humana e a produção de conhecimento que imperam nesse ambiente. De Carlo, Bartalotti e Palm (2004) apontam esse ambiente como “Instituição que possui grande complexidade administrativa e de serviços prestados, alcance populacional, além de relevância técnico-científica e social.” (p.8)

1.2 Pacientes oncológicos hospitalizados e a Terapia Ocupacional

Câncer é a nomenclatura adotada popularmente a um grupo de múltiplas doenças que tem como característica principal o crescimento desordenado de células, as denominadas neoplasias malignas. (OTHERO, 2010) As causas para esse grupo celular deixar de cumprir suas funções como esperado e passarem a agir como células cancerígenas são múltiplas, de fatores externos e ambientais à genéticos. Sabe-se que, na maioria dos casos, um conjunto multifatorial de circunstâncias podem causar o câncer. Outra característica relevante é a capacidade que essas células tem de se multiplicar, infiltrar e proliferar gerando novas neoplasias em partes próximas ou distantes do seu foco inicial, sendo conhecidas como metástases. (Brasil, 2015)

Observa-se uma prevalência maior de casos de câncer em países em desenvolvimento. Estima-se que, nos próximos trinta anos, o aumento do número de casos chegue a 100% nesses países contra 20% em países desenvolvidos. A falta de acesso da população a informações e a precariedade de serviços de saúde são as principais causas da demora no diagnóstico dessas doenças o que faz com que em 80% dos casos os pacientes sejam diagnosticados em fases avançadas, inviabilizando, assim, tratamentos curativos e gerando um aumento na busca por cuidados paliativos. (Corrêa in Guimarães, 2008)

Matsuda e Mello (in Guimarães 2008) apontam como os principais tratamentos oncológicos ou agentes antineoplásicos (AGANs) as cirurgias, retirada do tumor quando as circunstâncias, anatômicas ou ligadas ao estágio da doença, são favoráveis; a radioterapia, que por meio de radiação ionizante, objetiva gerar apoptose ou inviabilidade biológica; a quimioterapia que consiste no uso de múltiplos medicamentos com a finalidade de atingir o DNA celular inviabilizando seu funcionamento. Existem outras terapias que são viáveis para alguns tipos de câncer como os transplantes de medula, a hormonioterapia, terapias alvo, entre outras. Esses tratamentos ocorrem, em sua maioria, em ambiente hospitalar e são acompanhados e/ou conduzidos por equipe multiprofissional de saúde gerando no paciente diversas reações e afetando seu cotidiano e suas capacidades funcionais impactando assim as atividades de vida diária, o que torna esses pacientes alvo de intervenções juntos a terapia ocupacional.

Segundo Pitta (1999 apud De Carlo, 2006), é necessária uma reflexão sobre as interações entre médico e paciente no contexto hospitalar e a tendência paternal e diminuidora do primeiro com o segundo. O médico está numa posição de detenção do poder e do conhecimento, enquanto o paciente passivamente confia e recebe a terapêutica. De Carlo (2006) conclui que o hospital acaba por se tornar um espaço de poder e disciplina implícitos na relação profissional de saúde e paciente.

Esta autora apresenta a seguinte definição quanto ao trabalho da T.O:

“[...] O terapeuta ocupacional trabalha com tecnologias orientadas para a emancipação e a autonomia de pessoas que, por razões ligadas a problemáticas específicas (físicas, sensoriais, psicológicas, mentais e/ou sociais), apresentam temporária ou definitivamente, limitações funcionais e/ou dificuldades na inserção e participação na vida social.” (pág10-11, 2006)

A inserção do terapeuta ocupacional no contexto hospitalar gera mudanças tanto no cotidiano institucional do hospital, uma vez que passa a ter um profissional dedicado a proporcionar autonomia e emancipação dos pacientes, quanto na visão do papel desse profissional diante das representações sociais passando a ter um maior reconhecimento de seu trabalho (CAVALCANTE, 2008).

No hospital a T.O intervém diretamente no cotidiano dos pacientes buscando alternativas tanto do enfrentamento do adoecimento quanto da própria situação de internação que costuma gerar ônus em suas relações sociais, papéis, cotidiano e etc. O objetivo é proporcionar a maior aproximação possível com cada um desses aspectos em contexto externo ao hospitalar (DE CARLO, BARTALOTTI E PALM, 2004). Dessa forma, entende-se que toda a prática profissional do terapeuta ocupacional está centrada no cliente e em suas demandas tendo por objetivo a quebra do modelo, anteriormente citado, de hierarquização do poder pelo profissional de saúde. Na fundamentação teórica proposta por Bartolotti e De Carlo (2004), observamos uma insistência na humanização desse ambiente e no empoderamento desses pacientes os encorajando a participar ativamente de seu tratamento, impactando, assim, o processo de hospitalização e redescoberta de seu potencial externo ao contexto do adoecimento. O processo de hospitalização e seus impactos socioemocionais são alvo de intervenções terapêuticas ocupacionais otimizando o enfrentamento de aspectos inerentes a essa experiência como, dor, separação, sofrimento, perda, morte e problemas socioeconômicos acarretados pelo afastamento da vida cotidiana. (De Carlo, 2004)

2 JUSTIFICATIVA

A partir das vivências proporcionadas pelas práticas em contextos hospitalares na graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade de Brasília e do contato com a fundamentação teórica proposta por De Carlo (2004) identificou-se a necessidade de compreender a atuação terapêutica ocupacional a partir de uma vivência real de atendimento junto a um paciente hospitalizado. A Terapia Ocupacional em contextos hospitalares preconizada por De Carlo vem de encontro a um momento de retorno da T.O para esse ambiente, uma vez que historicamente observa-se uma transição da T.O para a área da reabilitação física em que os profissionais organizam suas práticas de forma mais pragmática objetivando a comprovação da eficácia de suas intervenções (CAVALCANTE, 2008). De Carlo (2004) propõe uma metodologia específica para os atendimentos hospitalares apoiada em três pilares: a Terapia Ocupacional centrada no cliente, o processo de humanização dos atendimentos em serviços de saúde também preconizado pelo SUS (BRASIL, 2003) e o impacto da hospitalização no processo de adoecimento e cotidiano dos sujeitos hospitalizados.

Além de toda essa discussão em torno da importância de uma revisão da forma como as intervenções em T.O no hospital vem sendo conduzidas, vale frisar que um número crescente de profissionais terapeutas ocupacionais vem se empenhando na difusão dessa nova fundamentação teórica. Em 2013 foi criada a Associação Científica de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos (ATOHosP).

“ATOHosP tem por finalidade promover o desenvolvimento técnico-científico da profissão na especialidade de “Contextos Hospitalares” e em Cuidados Paliativos, fundamentando e desenvolvendo seu campo de conhecimentos dentro de suas áreas específicas de atuação.” (<http://atohosp.com.br/>)

Para além dessas questões, nota-se um sensível crescimento da abordagem dessa temática em trabalhos acadêmicos, tema discutido amplamente em publicações de Galheigo (2008) em que se conclui:

“Em linhas gerais, constatamos um sensível crescimento da produção do campo na última década, mas essa tendência precisa se consolidar e qualificar cada vez mais. Se a terapia ocupacional pretende conquistar mais espaço no cuidado em saúde nos hospitais, ambulatorios de seguimentos e no domicilio(...)” (Galheigo, 2008).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Vivenciar, relatar e discutir as vivências do acompanhamento de uma paciente em internação hospitalar a partir de reflexões centradas no referencial teórico quanto a intervenções hospitalares apontado por De Carlo (2004)

3.2 Objetivos Específicos

- Observar as diferentes formas de se intervir com atividades terapêuticas no contexto hospitalar a partir de uma análise da atividade centrada no paciente e em suas demandas;
- Obter do próprio paciente relatos quanto a efetividade das intervenções, suas implicações, dificuldades e repercussões no enfrentamento dos sintomas e da experiência hospitalar em si.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa observacional qualitativa. Segundo Denzin e Lincoln (2006) a pesquisa qualitativa tem como característica fundamental o entendimento do outro, dos sujeitos pesquisados. O pesquisador, a partir de seu olhar e de ferramentas de pesquisa, insere-se no mundo de seu alvo de pesquisa objetivando tornar esse mundo mais visível a partir de sua interpretação e seus estudos.

Construção de um estudo de caso a partir das vivências nos atendimentos, como no apontado por Gil (1995) citado em Ventura(2007) buscou-se refletir de forma menos rígida, não se valendo de um roteiro previamente instaurado e inflexível mas respeitando as quatro etapas metodológicas da pesquisa nesse modelo que são: delimitação do caso, coleta de dados, análise dos dados e elaboração do trabalho final.

4.2 Local

Os dados da pesquisa foram coletados nas dependências do Hospital Universitário de Brasília (HUB) uma vez que este serviço conta historicamente com terapeutas ocupacionais e desde agosto de 2009 conta com um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CANCON) que vem tornando esse hospital uma referência no tratamento de doenças oncológicas em todo Distrito Federal. Apesar de o CACON-HUB ter sido um dos serviços utilizados pela paciente em questão, todos os atendimentos que deram origem a este estudo de caso foram realizados durante internação nas enfermarias de clínica médica e cirúrgica.

4.3 Seleção do caso

Para a seleção deste caso foram empregados alguns critérios de inclusão e exclusão. Selecionaram-se, a partir de leitura prévia dos prontuários pacientes oncológicos em internação na clínica médica, que fossem maiores de dezoito anos, que não tivessem previsão de alta e que

estivessem na internação em decorrência de algum acometimento secundário ao câncer. Foram excluídos paciente internados apenas para realização de quimioterapia ou radioterapia.

No período inicial da coleta haviam 5 pacientes que se enquadravam nos critérios de inclusão e exclusão, mas devido a metodologia escolhida, Estudo de Caso, foi selecionada, por conveniência, a paciente M.V. Desde o primeiro momento a paciente mostrou-se enquanto caso desafiador uma vez que não foi tão prontamente receptiva as intervenções. De todos os pacientes avaliados M.V foi a única que permaneceu na internação por mais tempo e um último fator relevante na escolha do acompanhamento de seu caso foi o apontamento da equipe.

4.4 Sujeito alvo

M.V é mulher, tinha 44 anos à época da pesquisa, reside sozinha em imóvel próprio no DF, trabalha como digitadora em uma instituição financeira num cargo terceirizado de confiança. Solteira, sem filhos, relata boa relação com um de seus sobrinhos a quem amadrinha, relata estar com ele sempre que possível, cuidando em diversas situações, relacionados ou não a ausência dos pais, antes do adoecimento. Declara-se católica porém aberta e curiosa quanto a outras religiões citando boas experiências junto ao espiritismo kardecista e a igreja evangélica. É pedagoga de formação, porém relata ter exercido por pouco tempo esta função, pois foi contratada pelo atual empregador durante a faculdade e permaneceu no mesmo emprego após sua formação. Antes da internação, havia iniciado curso de corte e costura por interesse em atividades de confecção e ajuste de suas roupas.

MV. tinha como principal acompanhante sua mãe que veio do Piauí especialmente para dedicar-se a ela durante o tratamento. Ocasionalmente um de seus irmãos também a acompanhava e constantemente recebia visitas de amigos do trabalho, parentes e religiosos a quem recebia sem aparentar incomodo.

Descobriu um foco oncológico primário em seus ovários em fevereiro de 2015 e submeteu-se a cirurgia oncológica. Iniciou ciclos de quimioterapia assim que recuperou-se. Ao final de agosto de 2015, internou-se novamente no HUB por semioclusão intestinal que a impedia de evacuar e inicialmente suspeitava-se de novo foco oncológico metastático, mas permaneceu sem diagnóstico definido.

A paciente preencheu e assinou termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em acordo com exigência da pesquisa. Este trabalho é integrante do projeto “Terapia Ocupacional na Atenção de Alta Complexidade: Humanização, Qualidade de Vida e Ocupação Humana no

Hospital” aprovado pelo Comitê de Ética sob o protocolo n° 791.639 de 2014 e segue todas as recomendações da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares.

4.5 Coleta de dados

Foram organizados dez atendimentos durante a internação da paciente, estes foram divididos em:

1) Avaliação

Pretendeu-se nesse primeiro momento, através de entrevista livre, sem conhecer a paciente, sua história de vida antes e durante o tratamento, sua rotina, a forma como a doença atingiu seu cotidiano, as rupturas decorrentes do processo de adoecimento e as estratégias que a paciente, seus familiares e pessoas próximas tem buscado para o enfrentamento dessas experiências. É válido enfatizar que já nesse primeiro momento poderia utilizar-se de uma atividade intermediadora que consiste numa proposição inicial objetivando instaurar vínculo inicial através do uso de uma atividade de interesse a paciente.

Além dessa entrevista livre aplicou-se avaliação quantitativa de dor Escala Visual Numérica (EVN) que serviu como parâmetro de comparação. Pretendeu-se reavaliar o paciente cotidianamente no início e no final da sessão a partir da mesma escala obtendo assim um comparativo dos efeitos da intervenção sobre a dor, especialmente física.

2) Discussão de Casos

Uma vez coletados esses dados básicos iniciais, discutiu-se o caso junto a orientadora e alguns membros da equipe que acompanhavam o caso e planejaram-se estratégias de intervenção em conjunto centradas nas demandas e no histórico da paciente, esse processo foi recorrente durante toda execução da coleta de dados.

3) Proposta 1

A partir do segundo encontro junto à paciente fez-se o apontamento de propostas de intervenção centradas nas demandas recorrentes da avaliação, a esse ponto, em seguimento ao momento inicial, utilizou-se de atividades de interesse para a construção do plano terapêutico de curto prazo a ser trabalhado com a paciente. A escolha de uma atividade principal e as adaptações necessárias a ela foram planejadas e delineadas junto a paciente objetivando sua participação ativa na construção de seu processo terapêutico.

4) Efetivação

A partir do terceiro encontro, as atividades de interesse principais já estavam delineadas e definidas em conjunto com a paciente, com objetivos traçados, como orientações voltadas ao controle da dor, uso de atividades de interesse para retomada de papéis ocupacionais entre outros, parte-se pra uma intervenção mais estruturada e definida. Salvo exceções e percalços, objetiva-se iniciar aqui aquilo que foi previamente discutido em supervisão e pactuado junto à paciente.

5 e 6) Continuação e reavaliações

Durante todo processo reavaliou-se o andamento e execução das propostas de modo que as mesmas mantinham-se flexíveis, considerando os efeitos colaterais associados ao tratamento oncológico como dores, desconfortos, instabilidades hemodinâmicas, efeitos colaterais associados as medicações como sonolência, vertigens etc. (Othero, 2010) Tendo em vista todos esses aspectos e sabendo que é intervenção válida oferecer ao paciente o direito a não realização de atendimento oportunizou-se em diversos momentos a escolha de mudança de planos e suspensão do atendimento naquele momento ou período.

Sabe-se que o paciente oncológico internado está sujeito a piora de seu quadro clínico o que pode desencadear inclusive seu óbito. A todo instante, durante as intervenções, os objetivos foram revistos e adaptados ao momento vivenciado pela paciente, sendo suas instabilidades dados pertencentes ao estudo e não invalidando esse trabalho.

7 e 8) Execuções e finalizações das atividades

A essa altura pretendeu-se iniciar os processos de finalização das propostas ou execução das novas ideias que pudessem ter surgido nos encontros anteriores a partir das reavaliações.

9) Conclusão dos atendimentos.

Objetivou-se a essa altura finalizar junto a paciente e seus acompanhantes de modo que a ação terapêutica ocupacional não se torna-se mais uma ruptura nos processos vivenciados pela paciente na internação.

10) Reavaliação e reflexões

Num último momento avaliou-se todo esse processo não apenas a partir dos dados quantitativos oriundos das avaliações de dor, mas principalmente pelo apontado pela mãe da paciente, sua principal acompanhante, em seu relato final.

É importante frisar que após cada atendimento o mesmo foi evoluído e anexado junto ao prontuário da paciente em posse do HUB.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram analisados segundo o que preconiza a Análise de Conteúdo de Bardin, Segundo Caregnato e Mutti (2006) esse método permite, de forma simplificada, inferir do conteúdo de uma fala, ou seja, a partir do que um sujeito diz é possível retirar conclusões. Segundo Bardin (1977) :

“A Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens”(BARDIN, 1977 apud, CAREGNATO & MUTTI, 2006)

Este método de análise foi escolhido tendo em vista sua vasta aplicação em estudos da área da saúde, principalmente em trabalhos ligados a entrevistas na Enfermagem e por facilitar a percepção sob óticas tanto qualitativas quanto quantitativas dos discursos dos sujeitos, ampliando assim a forma como os apontamentos serão interpretados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizados dez atendimentos com M.V e sua mãe; Durante todo esse processo, as principais demandas apontadas pela paciente eram o enfrentamento da internação, empobrecimento e rupturas no cotidiano, sentimento de incapacidade, desejo de interrupção da oferta de tratamentos curativos invasivos e enfrentamento da dor. Serão apresentados a seguir cada um destes atendimentos e as reflexões provenientes dos mesmos.

Atendimento	Principais objetivos	Atividade desenvolvida	Eva Inicial	Eva final
1	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliação -Vínculo 	-Escuta ativa	7	7
2 e 2.1	<ul style="list-style-type: none"> Continuidade da avaliação Fortalecimento do vínculo Orientações 	-Escuta ativa - orientações	2- 9 2.1- 7	2- 9 2.1- 6
3	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimento do vínculo Execução atividade 1 	-Escuta ativa -confecção de terço	6	6
4	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento familiar Acompanhamento na transferência a clínica cirúrgica 	-escuta ativa -orientações	6	6
5	<ul style="list-style-type: none"> Controle da dor 	-escuta ativa - técnicas de respiração e relaxamento para controle da dor	9	7

6	<ul style="list-style-type: none"> Proposta atividade 2 Orientações a família quanto aos cuidados paliativos 	-escuta ativa -baralho	6	6
7	<ul style="list-style-type: none"> Posicionamento adequado Enfrentamento de quadro ansioso 	-Escuta ativa -orientações -Jogo de cartas UNO	6	6
8	<ul style="list-style-type: none"> Retomada de Atividade de interesse Auxílio no enfrentamento da internação 	-escuta ativa - baralho -Jogo de cartas UNO	6	6
9	<ul style="list-style-type: none"> Posicionamento adequado Aumento do conforto 	-escuta ativa -orientações	5	5
10	<ul style="list-style-type: none"> Apoio emocional 	-escuta ativa	-	-

Fonte: produção própria

5.1 A estruturação do Vínculo e o Direito de dizer não

Nos três atendimentos relatados a seguir diversas vivências ilustraram discussões presentes nas literaturas bases deste trabalho. Os momentos iniciais de qualquer intervenção exigem que o terapeuta ocupacional avalie diversos aspectos da vida do paciente, explorando o que o impede de realizar plenamente suas atividades de vida diária e quais seus potenciais preservados. Uma das preocupações centrais nesse momento é a construção de vínculo terapêutico que permeará as intervenções e permitirá um espaço de muitas trocas e uma ação sobre demandas reais apontadas pelos sujeitos alvo. Todas essas intervenções devem contar com a participação dos pacientes, gerando um espaço de liberdade e acordos onde nada é imposto e a intervenção toma um lugar enquanto oferta de cuidados.

(SILVA E HOTERO, 2010)

Atendimento 1 – avaliação inicial

Paciente foi encontrada em seu leito, um pouco agitada, mas bem orientada no tempo e espaço, acompanhada pela mãe. Optou-se inicialmente por uma apresentação da própria Terapia Ocupacional, objetivando esclarecer de que forma esse profissional pode contribuir no enfrentamento da internação. Ao nome Terapia Ocupacional, M.V reagiu relatando outras experiências, provavelmente junto a psicólogas:

“Já procurei um terapeuta, já fiz isso e acabei.” (MV)

Alguns esclarecimentos quanto às especificidades de um terapeuta ocupacional e suas práticas se fizeram necessárias e principalmente a forma como esse profissional atua em parceria com outras áreas com as quais muitas vezes é inclusive confundido.

Durante a avaliação a mãe acompanha e por vezes complementa as respostas da filha com algum relato ou informação adicional, sente-se também avaliada e relata os próprios sofrimentos e vivências relacionadas ao acompanhamento na internação, o desconforto das cadeiras e as dificuldades para dormir.

M.V atendeu às questões iniciais de apresentação e quando questionada sobre suas atividades de vida diária, principalmente quanto a autonomia nas práticas de higiene pessoal relata:

“Faço tudo sim, sozinha, mas ela (a mãe) fica por perto sempre. Às vezes fico fraca, preciso sentar, fico tontinha no banheiro e ela me ajuda a me secar, a terminar.” (MV)

Sobre suas atividades de interesse a paciente relata grande interesse por leitura, corte e costura referindo, inclusive, a interrupção de curso na área em decorrência do processo de adoecimento. Relatou interesse por culinária especialmente na confecção de biscoitos caseiros referindo ser a única coisa que gostava de cozinhar para outras pessoas.

“Faço comida só pra mim, sou básica. Você cozinha um macarrão ali, você joga um azeite e o que estiver mais perto, uma sardinha, pica uma linguiça, ali eu já estou satisfeita, mas isso não agrada todo mundo, por isso faço só pra mim mesma minhas comidas.” (M.V)

Quando questionada quanto à sua rotina, M.V relata a rotina hospitalar e acrescenta as idas a outros hospitais para realização de exames como suas únicas atividades diferenciadas, salvo passeios que vez ou outra faz pelo corredor.

É oferecida atividade, objetivando por meio dela estruturar melhor a avaliação e o vínculo ali iniciado, nesse ponto a paciente é orientada que, diferente das outras intervenções hospitalares, a terapêutica ocupacional oferta o direito de o paciente escolher quando deseja ou não realizar as propostas sendo estas flexíveis e podendo sofrer alterações e adaptações a qualquer momento segundo a sua importância para o sujeito e centrada em suas demandas. M.V ponderou por alguns instantes assimilando as explicações e diante da proposta inicial de pensar em algo que gostaria de realizar naquele momento, disse:

“Não. Agora eu vou descansar um pouco então. Eu posso escolher né? Então prefiro descansar agora.” (M.V)

O atendimento encerrou-se ali, e pactuou-se novo encontro para dois dias depois.

Durante esse encontro obteve-se da paciente e sua acompanhante informações iniciais principalmente ligadas a sua rotina dentro e fora da internação hospitalar, seus níveis de autonomia para realização de atividades de vida diária (AVD) principalmente ligadas a autocuidado e higiene pessoal. Objetivou-se muito mais que avaliar apenas aspectos ocupacionais, entre outras coisas a terapia ocupacional e suas características, as formas de condução dos atendimentos, os acordos de convivência, todos foram apresentados a M.V neste momento. Observou-se uma postura receptiva, porém reservada vinda da mesma, levou-se em consideração as peculiaridades da intervenção terapêutica ocupacional como principal causa para essa reação, uma vez que esse contato inicial ainda não dispunha de um vínculo terapeuta - paciente e a proposta se diferenciava da maioria das demais ofertas de cuidado, tanto que a primeira oportunidade a paciente utilizou-se do direito a não ser alvo de intervenções naquele momento evidenciando sua compreensão do ideal proposto.

Atendimento 2 – Continuidade da avaliação, propostas iniciais

Para este atendimento idealizou-se a continuidade da avaliação já iniciada, dois dias antes, para esclarecimentos quanto a questões religiosas não mencionadas, as causas que efetivamente acarretaram na interrupção do curso de corte e costura e quais tipos de literatura mais agradavam M.V. Todas essas questões serviriam como norteadores na construção e análise

de atividades que a posteriori seriam propostas e estariam diretamente centradas nos interesses e demandas que a própria paciente indicaria. Foram separados previamente alguns materiais de costura, retalhos e miçangas, alguns livros sob temas diferenciados e um jogo de cartas UNO com o intuito de ofertar alguma possibilidades durante a intervenção de modo que a captação dessas informações se desse através do uso de alguma atividade que intermediasse o atendimento rompendo com o momento inicial que tinha um caráter de entrevista.

A paciente foi encontrada sentada ao leito, muito agitada, balançava as pernas e gemia a mãe e um irmão a acompanhavam ao lado do leito sentados em cadeiras um a cabeceira e o outro junto ao final da cama. A postura dos acompanhantes era de total desolação e incapacidade. Ao bom dia a paciente nem responde e quando questionada sobre como e sentia apenas disse:

“Dor, muita dor! Não quero conversar.” (M.V)

Perguntou-se a paciente se havia algo que pudesse ajudar nesse momento, em resposta ela apenas sacudiu a cabeça negativamente sem virar o rosto novamente em direção a porta. Quando questionado sobre o caso, o médico plantonista que acompanhava o caso informou que a paciente tinha vergonha de solicitar novas intervenções medicamentosas junto a equipe de enfermagem e que só o fazia quando atingia um limiar de dor insuportável por isso tamanho descontrole dos sintomas. A equipe de enfermagem orientou a paciente a não se acanhar diante da percepção do início dos sintomas e de imediato buscar junto ao plantonista intervenção medicamentosa prescrita.

Empoderada do pactuado no atendimento anterior atentou-se para a postura da paciente diante de sua vivência álgica e do encontro junto a terapia ocupacional. A negação a participação foi um aspecto esclarecido desde o primeiro momento. A atuação nesse caso deu-se junto a equipe na captação das informações quanto as causas do descontrole dos sintomas, especialmente a dor física. A intervenção centrou-se no estudo do caso, a partir do relatado no prontuário e dos apontamentos oriundos dos demais profissionais que acompanham o caso. Todas essas informações somadas as vivências junto a paciente somam na construção de uma análise das atividades propostas mais próxima das reais necessidades da paciente.

Atendimento 2.1

Passados cinco dias do atendimento anterior o leito é encontrado vazio e a paciente do leito ao lado informa que M.V havia sido encaminhada a exames em outro hospital mais cedo naquele dia e ainda não retornara.

O período destinado ao atendimento foi utilizado no teste e vivência de provável proposta de intervenção. A atividade planejada era a confecção em parceria com paciente de móbile de corações feitos de tecido e costurados a mão. A vivência da atividade permitiu observações quanto a suas principais dificuldades e o que precisava ser adaptado para ser realizada no leito etc.

Passado esse teste, buscou-se prontuário da paciente, tendo em vista a importância do registro da busca pela mesma. Enquanto o prontuário é preenchido, a paciente passa no corredor retornando dos exames e é pactuada visita em seguida.

Em breve visita, a paciente relata ter se preocupado com a própria postura durante a crise de dor do atendimento anterior e desculpa-se:

“oh meu querido, eu fiquei preocupada que você estivesse chateado comigo depois daquele dia, desculpa mesmo! Penso que fui grossa com você e você não ia voltar mais.” (M.V)

Após esclarecida que a demora no retorno se deu em decorrência do fim de semana e das aulas, a paciente relatou que pensou e gostaria muito de ser atendida por um terapeuta ocupacional, reitero alguns pontos da avaliação que não foram contemplados, o foco principal foram questões religiosas. A paciente afirma ser católica, mas ter afinidade com outras religiões, relata constantes visitas de uma prima praticante do espiritismo kardecista, a mesma realiza o ritual do passe e a paciente afirma sentir-se bem com essa vivência. Pergunto se ela tem realizado suas orações e M.V lembra estar sem seu terço, mas que mesmo assim reza, vai as missas no hospital em companhia da mãe e recebe visitas de voluntários religiosos. Foi proposta atividade e mostrado o coração de tecido confeccionado no teste citado acima. M.V mostrou-se interessada pela atividade de retomada de sua atividade de interesse, pactuou-se o atendimento para a tarde seguinte.

O principal resultado deste atendimento foi a observação da efetivação do vínculo paciente-terapeuta demonstrado na preocupação da paciente quanto a interrupção do

acompanhamento junto a terapia ocupacional. A paciente compreende seu papel diante das propostas e passa a mostrar-se mais participante do processo uma vez que solicita o acompanhamento e demonstra interesse pelo proposto. A preocupação em realizar-se análise de atividade que contemple as demandas da paciente é interpretado como fator primordial no sucesso desse processo.

Atendimento 3

Iniciada preparação para proposta de atividade 1, foram organizados materiais e modelos. Além da atividade previamente proposta, foram separados alguns materiais e jogos para oferecer outras opções à paciente em caso de desinteresse. Ao subir ao quarto, M.V mostra-se receptiva porém logo informou que não gostaria de realizar nenhuma atividade naquele dia pois dedicar-se-ia inteiramente a visita do pai que veio do estado de Piauí apenas para vê-la, passaria poucos dias e fez uma viagem difícil. Além disso relatou ter realizado alguns exames, ter recebido a visita de muitos profissionais naquela manhã e não se sentir bem em decorrência das medicações para controle da dor que havia tomado naquele dia.

“Parece que fiquei o dia aérea, por que eu tomei morfina pra ir pra Ceilândia, tomei quando cheguei, e morfina...parece que deixa você um pouquinho errada...Mas não foi só morfina não, eu tomei uns quatro comprimidos diferentes.” (M.V)

Apresentadas informações quanto ao período de adaptação do corpo a alguns efeitos de medicações e M.V comenta:

“Mas está doendo. To com dor, eu sempre fico com dor só que é tolerável...” (M.V)

São feitas algumas pontuações quanto a controle da dor e a paciente cobra a realização da atividade sugerida anteriormente, avaliadas as condições da paciente, principalmente as reações adversas ligadas ao uso de medicações e o controle de sintomas ineficaz naquele momento sugiro a realização de atividade mais simples após a saída do pai. Enquanto acontece a visita preparo materiais para a confecção de terço católico. Durante a análise da atividade pondero aspectos como níveis de dificuldade e quais movimentos estão envolvidos, além de seu tempo de duração uma vez que a tolerância da paciente já está reduzida pelo efeito das medicações, realizo um teste da atividade. Objetivo primordialmente o estímulo a atividade

religiosa e o favorecimento de atividade de interesse mútuo entre paciente e sua mãe (principal acompanhante) favorecendo assim melhora no convívio e melhor enfrentamento da internação. No retorno ao quarto encontro o pai de M.V se despedindo e a paciente deitada no leito. Iniciada conversa sobre religião e apresentação da proposta de confecção de terço, a paciente relata não sentir-se capaz, mas demonstra grande interesse na atividade e a realizamos com facilidade, ao final M.V mostra o terço a todos no quarto e orgulhosa afirma que se surpreendeu com o sucesso na execução, agradece a todo instante por seu terço e por descobrir, a partir dessa vivência junto ao terapeuta ocupacional, que ainda pode aprender atividades e interesses novos.

O aspecto marcante desse atendimento é o convencimento da paciente quanto a suas capacidades, observou-se que a mesma desacreditava que seria capaz de vivenciar o aprendizado de algo novo, de produzir algo. A partir da vivência de uma atividade e de seu sucesso, não apenas observou-se os efeitos positivos na autoestima de M.V como também o fortalecimento do vínculo junto à terapia ocupacional, foi a partir desse momento que a paciente efetivamente permitiu-se ser alvo de uma intervenção.

Sujeitos num ambiente de internação hospitalar estão submetidos a diversas intervenções e tratamentos, a rotina hospitalar é imposta, e vive-se uma constante espera, a qualquer momento pode chegar uma medicação que exige novo acesso venoso, ser solicitado testes ou exames que podem gerar desconfortos por exemplo, por isso há uma busca pela reumanização desses espaços, visando mais respeito e humanidade no trato dos pacientes internados (Castro et al. In De Carlo, 2004). É compreensível quando um paciente se nega e/ou não se atém a uma proposta. A partir dos processos de avaliação é preciso estar atento a construção de um vínculo, algo que ligue o terapeuta ao paciente motivando a atividade. De Carlo e Queiroz (2004) aborda a questão do vínculo de forma precisa quando diz:

“O terapeuta ocupacional também precisa desenvolver um vínculo terapêutico consistente com o paciente, para que ele tenha condições de enfrentar as dificuldades, para criar sistemas de apoio e mecanismos adaptativos e para aumentar sua motivação, engajamento e participação, de modo a favorecer positivamente o resultado de seu tratamento.” (De Carlo e Queiroz, 2004)

Para Galheigo e Castro (2010) as formas como o processo de adoecer geram profundas rupturas no cotidiano dos sujeitos acometidos por alguma enfermidade influenciam o enfrentamento dessa fase. A rotina deixa de ser a escolhida pelo sujeito, voltada as suas atividades de vida e passa a estar centrada em práticas de cuidado de si. Essas atividades tem

uma temporalidade e um espaço na vida dessas pessoas que muitas vezes se veem obrigadas a desistir de seus projetos e sonhos pessoais. No caso, observou-se que M.V desistiu de um curso de corte e costura por conta de seu processo de adoecimento.

Durante a avaliação esclareceu-se a paciente que aquele espaço era livre, ser alvo ou não das intervenções, a forma como elas se dariam, seus objetivos e resultados dependeriam de uma construção conjunta, que permitiu o poder, inclusive, de se negar ou adiar algo previamente pactuado. Essa conduta gera no paciente a quebra de um paradigma quanto a possibilidade de escolha, a maioria dos procedimentos e rotinas na internação não acata o desejo do paciente, que se vê submetido, muitas vezes até contra a própria vontade, a ações desconfortáveis, dolorosas e que geram um sentimento de perda da dignidade. É imprescindível que o terapeuta ocupacional não veja suas intervenções de forma inflexível e imutável uma vez que o alvo é um ser totalmente dinâmico e o meio um processo terapêutico a ser construído por ambos, terapeuta e paciente através da atividade. (De Carlo, Bartalotti e Palm 2004)

Dessa forma concretiza-se uma das ações apontadas por De Carlo e Luzo (2004) como objetivos a serem desenvolvidos no contexto hospitalar. “Intervir no cotidiano de modo a promover a qualidade de vida e o desempenho ocupacional durante a internação, por meio da humanização do ambiente, dos atendimentos e das relações interpessoais.” (De Carlo e Luzo 2004)

5.2 Sofrimento e Análise da atividade

A essa altura diversos outros aspectos da intervenção precisam ser discutidos. As vivências compartilhadas a partir de um vínculo já estruturado e fortalecido proporcionam reflexões que precisam transcender o previamente vivido e mergulhar na subjetividade dessa vivência e suas especificidades. A relação terapeuta-paciente permite a oferta de intervenções que busquem incentivar no paciente sua autonomia e vivências de momentos prazerosos que vão de encontro ao sofrimento e seus sintomas associados proporcionando um melhor enfrentamento dos processos de internação hospitalar. (Rocha e Mello, 2004)

Atendimento 4

Ao chegar para o atendimento encontro a paciente dormindo usando uma sonda nasal e a mãe ao lado do leito pergunta se podemos ter uma conversa. Fora do quarto, durante a conversa a mãe explica que durante os últimos dias M.V piorou e a equipe optou por encaminhá-la para clínica cirúrgica para colostomia visando alívio dos sintomas em decorrência da

semioclusão intestinal. A mãe relata que desde que soube da cirurgia a paciente tem se mostrado chorosa porém pouco fala sobre o assunto com ela, sua maior preocupação gira em torno do desfecho do caso da filha ainda muito indeterminado, ela questiona se ainda há uma perspectiva de cura para a filha, mas se afirma tranquila e confiante em sua fé no caso de uma resposta negativa. São dadas orientações para que a mesma leve esses questionamentos à equipe médica, preferencialmente quando a paciente estiver de volta a enfermaria onde terá contato novamente com médicos que acompanham o caso mais de perto. De volta ao quarto, paciente acordou e iniciam os preparativos para mudança de enfermaria. Visivelmente abalada a paciente pouco fala, a mãe organiza as coisas e aqui e ali elas tem breves discussões. Algumas orientações quanto às medicação e condutas na outra enfermaria são dadas pela enfermeira e opta-se por acompanhar a paciente nesse trajeto como estratégia para fortalecimento do vínculo junto a ela.

Já no outro quarto enquanto a mãe resolve problemas junto à equipe de enfermagem, M.V pela primeira vez desabafa, chorosa explica que não gostaria mais de ser submetida a procedimentos tão incômodos e dolorosos. Preferia descansar e estar em paz.

“[...] Eu não queria mais estar lutando por isso (...) Essa cirurgia, eu não queria fazer, mas a família não vai aceitar...” (M.V)

Ofereceu-se a paciente escuta ativa e a mesma referiu sentir mais que dor física, refere um “pesar” e quando perguntada sobre onde o sentia, apontou para todo o corpo. São acolhidas as demandas apontadas pela paciente, dadas algumas orientações quanto a cirurgia e sua recuperação e pactua-se atendimento pós cirúrgico para cinco dias depois. Encerro atendimento quando a paciente é visitada pela equipe de enfermagem para entrevista de admissão.

O desabafo é a marca de uma relação de confiança, M.V sentiu-se a vontade para abordar não apenas a forma como lidava com o procedimento cirúrgico, mas também abriu-se para discutir seu sofrimento, a dor envolvida nesse processo e as formas com que gostaria de ser tratada. Seus desejos e sentimentos mais profundos foram compartilhados neste atendimento e observou-se uma aproximação efetiva entre terapeuta e paciente

Atendimento 5

A paciente foi encontrada realizando procedimento junto à enfermagem e aguardou-se a conclusão dos procedimentos fora do quarto. Ao retornar, encontra-se a paciente chorando

relatando descontrola da dor desde a noite anterior. Segundo a mãe, ambas foram orientadas, após a troca dos plantonistas da enfermagem, que apesar da prescrição médica quanto a medicação a cada duas horas para controle da dor, a paciente deveria suportar e não ser medicada com tanta frequência. Observo quanto a gravidade do caso e dou orientações quanto a importância não apenas de colher os dados dos profissionais que a atendem quando esse tipo de caso ocorrer mas da importância de se lutar contra esse tipo de postura exigindo um controle mais efetivo dos sintomas, a mãe relatou que na troca de plantão seguinte a enfermeira da manhã deu as mesmas informações. Centro meu atendimento em ofertar informações e técnicas de relaxamento que favoreçam uma diminuição ou alívio da dor para esses momentos. Durante a troca de experiências M.V relatou a forma como enfrentava dores em sua infância cantarolando uma cantiga/reza a Nossa Senhora de Aparecida ensinada pela mãe. Essa técnica também foi adotada durante o atendimento.

No mesmo dia a paciente foi encaminhada de volta para clínica de internação médica oncológica para dar continuidade ao tratamento.

Além da paciente e de sua mãe no quarto há uma prima que a visitava naquela tarde, enquanto aguardava transferência e ouvia as orientações sobre as técnicas de auto relaxamento M.V mudava de posição constantemente alegando desconforto, empregando as técnicas observou-se melhora na dor e logo a paciente conversava distraidamente sobre sua infância, sobre a vida antes do adoecimento e fora do hospital e durante essa conversa a prima de M.V relatou o hábito que sua família tem de jogar cartas de baralho e do quanto M.V gostava dessa atividade, foi proposto então que a paciente ensinasse alguns desses jogos adotando-se assim uma nova atividade para o próximo atendimento. A Equipe de enfermagem responsável pela transferência de enfermarias chegou e durante o trajeto M.V aplicou as técnicas de respiração e automassagem, quando perguntada sobre aquele momento relatou:

“Esse corpo é meu. Essa dor é minha, estou tentando controlar.” (M.V)

Nesse atendimento observou-se um empoderamento da paciente quanto a retomada do domínio do próprio corpo, M.V passa a reconhecer-se participante também dos processos de controle da própria dor. A orientações giravam em torno da estimulação de alguns pontos, mas principalmente de exercícios respiratórios e de manutenção do autocontrole diante da crise. A principal queixa nesse dia era relacionada falta de posições confortáveis e no início do atendimento M.V mantinha-se em constante movimento deitando, sentando-se e ficando em pé junto ao leito. A conversa descontraída, as técnicas de respiração e por vezes o cantarolar da

cantiga/reza logo surtiram efeito principalmente na ansiedade da paciente e a certa altura deitou-se no leito e permaneceu de lá conversando e realizando exercícios de automassagem nas mãos. Quando a equipe veio buscá-la sua atitude era completamente diferente da inicial, sem choro e gritos a paciente buscava internamente manter a calma e controlar a própria dor.

Atendimento 6

O objetivo deste atendimento era dar seguimento as atividades propostas anteriormente, porém, tendo em vista todos os fatores já discutidos ofertou-se a paciente uma gama de possibilidades de modo que a mesma pudesse escolher aquilo que melhor se enquadrasse aos seus desejos e necessidades naquele momento. Uma das atividades era o jogo de baralho que seria ensinado pela paciente, objetivava-se de forma lúdica que a mesma vivenciasse novamente a posição de estar no controle das situações que a cercam, percebendo-se enquanto sujeito que tem algo a oferecer e não apenas passivamente receber cuidado do outro.

Ao chegar ao quarto, a encontro acompanhada pelo irmão. Diante da proposta imediatamente observa-se uma intensa mobilização por parte dos dois que visivelmente estavam muito interessados na atividade mesmo em face das reclamações de intensas dores por parte da paciente.

Os objetivos dessa atividade foram plenamente alcançados, foram ensinados dois jogos e ao final da atividade refletiu-se sobre o feito objetivando mostrar à paciente seus potenciais preservados e como ela ainda tem muito a oferecer para aqueles que a rodeiam.

Outro ponto importante nesse atendimento foi a observação no prontuário de M.V que pela primeira vez havia uma indicação para que se avaliasse o encaminhamento da mesma para cuidados paliativos exclusivos. Enquanto evoluía meu atendimento fui procurado pela mãe da paciente que relatou ter comparecido à reunião junto a equipe médica para informá-la de que não haviam mais perspectivas de tratamento curativo para M.V, ofereci escuta e orientações quanto às práticas de cuidados paliativos que se iniciaram naquele dia, observei que a acompanhante sentia-se acolhida e após os esclarecimentos relatou sentir-se mais tranquila por saber o que esperar do caso da filha.

Sabe-se que a própria paciente já se via em cuidados paliativos mesmo antes da cirurgia de colostomia. Seu cansaço diante das intervenções curativas era evidente e ainda que desconhecendo a nomenclatura “Cuidados Paliativos” eram essas as vivências que ela buscava, não desejando que se investisse mais tanto no prolongamento de sua vida e sofrimento. A equipe por sua vez manteve-se desatenta a essa demanda até esse momento.

Os gestos e fala da paciente reforçaram em vários momentos o conceito de sofrimento apontado por Othero (2010). A autora defende um olhar mais voltado a aspectos subjetivos ligados a experiências indesejadas vividas pelos pacientes combatendo não apenas sintomas físicos, mas favorecendo um ambiente receptivo a demandas emocionais, contemplando o sujeito, seus familiares e acompanhantes como um todo.

“Para além das questões biológicas relacionadas à doença, o olhar da equipe de cuidados deve ser ao sofrimento do paciente. O sofrimento é qualquer experiência indesejada e sua emoção negativa correspondente. Ele é geralmente associado a dor e infelicidade, mas qualquer condição pode gerar sofrimento se ele for subjetivamente aversivo, ou seja, para cada sujeito o sofrimento tem representações e características próprias. É possível relacionar a ele termos como tristeza, pesar e dor.” (Othero, pg.52, 2010)

Durante toda intervenção as questões relacionadas ao sofrimento da paciente foram abordadas, seja através do respeito à sua vontade, seja por meio de propostas que visassem diretamente proporcionar a vivência ou retomada de experiências que proporcionassem impacto positivo em sua qualidade de vida.

A escolha dessas propostas não se deu de qualquer forma, em terapia ocupacional há sempre uma constante preocupação com a forma como essas atividades são analisadas. Castro et al. (in de Carlo, 2004) aborda como historicamente esse processo de análise vem sendo discutido sob diferentes óticas e visando diferentes objetivos desde a comprovação quantitativa da eficácia das intervenções em terapia ocupacional até uma real adequação da atividade ao sujeito alvo e suas necessidades.

Trata-se de um destrinchar, uma decomposição da atividade em suas características primordiais reconhecendo assim cada um dos componentes envolvidos facilitando interpretações quanto ao impacto da mesma sob o sujeito alvo não se restringindo a questões puramente físicas, mas refletindo sobre os impactos emocionais e até que habilidades cognitivas serão necessárias. (Castro et al. In De Carlo, 2004)

Sempre que a paciente relatava estar sob forte efeito de medicação analgésicas, apresentando reações como sonolência, vertigens, fadiga e confusão mental atentava-se para que não fossem oferecidas atividades que envolvessem a piora desse quadro, ou que exigissem da paciente um esforço desnecessário, causando mais desgaste ao invés de melhoria de sua qualidade de vida e enfrentamento. Quanto melhor analisada, mais adequada a aplicação da atividade, esse processo exige um desapego do senso comum e uma compreensão ampliada

sobre o outro, ou seja, é preciso compreender que cada pessoa realizará a atividade de uma forma e terá uma experiência diferente com aquela atividade. É preciso também, desprender-se das expectativas levando em consideração que o outro poderá responder da forma esperada ou não ao planejado, a flexibilidade nesse caso se torna peça fundamental. (Castro et al. In De Carlo, 2004)

“Cada um é tocado de um jeito, conduz de outro; terapeutas e pacientes estão constantemente se produzindo, afetando uns aos outros, tornando as formas mais complexas. As ações se desenrolam no interjogo entre o sujeito, as atividades e o ambiente, e há um acúmulo de experiências. As formas se constituem, se moldam por meio de interações. Não podem portanto cristalizar-se em roteiros pré-definidos.”
(Castro et al. In De Carlo, 2004)

Em muitos casos é preciso considerar as possibilidades positivas e negativas da vivência de algumas atividades e seu impacto sobre o paciente. Durante todas as intervenções acertou-se a produção de um mobile junto a paciente M.V, porém durante as análises e nas execuções de outras atividades observou-se que a mesma não teria, na maioria dos casos, condições de efetivamente realizar o processo que envolvia aspectos como destreza manual, coordenação motora fina etc. Os materiais eram preparados e levados ao leito, porém em muitos momentos optou-se pela não realização da atividade tendo em vista a possibilidade de um impacto negativo sobre a paciente proporcionando sentimentos como frustração, incapacidade entre outros. Em contrapartida observou-se que a retomada de outra atividade igualmente importante para a paciente, jogo de cartas, pudesse atingir positivamente seu processo de internação. Durante os jogos em que a paciente ensinou ao terapeuta, trabalhou-se o empoderamento da mesma e a observância de suas capacidades e habilidades preservadas. Em outro momento convidou-se a participação de seus visitantes e familiares, pessoas com quem a paciente já tinha o hábito de jogar, trabalhando a retomada de atividades de interesse e vivência de momentos de entretenimento e diversão desviando assim sua atenção da dor física e impactado seu cotidiano e proporcionando qualidade de vida.

5.3 Controle da dor e cuidados paliativos

Antes de ser encaminhada ao serviço de cuidados paliativos o que se observava em M.V era uma vivência da chamada “dor total”, Cecily Saunders aborda esse conceito como peça fundamental da filosofia de cuidados paliativos atual. Quando observamos vivências dolorosas em diversos aspectos da vida, como fisicamente, emocionalmente, espiritualmente e socialmente, vislumbramos um processo de adoecimento e/ou terminalidade da vida. A partir do momento em que o organismo já não suporta intervenções curativas opta-se por estratégias de cuidado mais centradas na melhoria e aumento de sua qualidade de vida e de seu conforto não mais investindo em intervenções que prolonguem ou possam encurtar a vida dos pacientes, essas condutas são denominadas Cuidados Paliativos e sua principal missão é o controle efetivo e eficaz de sintomas desagradáveis nos pacientes. (De Carlo, Queiroz e Santos. 2010)

Atendimento 7

Esse atendimento realizou-se dois dias após o anterior, a paciente é encontrada no leito e informa que na noite após o atendimento anterior entrou numa crise de dor oncológica intensa, houve perda nas funções de seu aparelho urinário sendo necessário uso de sonda para liberação de urina. O uso desses aparatos, sonda e colostomia, gerava na paciente intenso desconforto que somava-se a dor oncológica e a descoberta de hérnias de disco. Observou-se o que neste atendimento a paciente utilizava um lenço diferente, colorido e amarrado de uma outra forma. M.V relatou ter ganho alguns adereços novos e solicitado a mãe que trouxesse outros de casa, indiquei alguns sites sobre formas diferenciadas de usar lenços e a incentivei observando uma busca pela melhora da auto imagem.

O atendimento em sua maioria dedicou-se a escuta e orientações principalmente quanto ao posicionamento adequado para alívio dos sintomas ligados a hérnia de disco e as formas de uso dos lenços. Durante a sessão a paciente mostrava-se ansiosa com a chegada da equipe de enfermagem para higienização, foi sugerido o jogo de cartas UNO como estratégia para enfrentamento e alívio da ansiedade através de atividade de interesse. A proposta foi aceita pela paciente e a atividade aconteceu até a chegada da equipe de enfermagem, foram cerca de cinco partidas e ao final a paciente mostrava-se menos ansiosa e mais calma para ser alvo das outras intervenções. Durante todo o atendimento enquanto jogávamos conversava-se sobre as notícias da cidade, o clima, como estavam os dias fora do hospital, foi observado intenso interesse da paciente nesses assuntos.

Ao final do atendimento, M.V solicitou que adiássemos a realização de outras atividades para um outro dia pois gostaria de tomar banho e descansar antes da chegada de seus visitantes do dia.

Atendimento 8

Ao entrar no quarto encontro a paciente acompanhada de uma prima. Após nosso último encontro M.V relata ter tido um fim de semana difícil onde o controle da dor não foi eficaz. As dosagens das medicações foram reavaliadas e a paciente relata estar sentir dor moderada porém suportável no momento. Observa-se por parte da paciente uma intensa valorização das ações junto a terapia ocupacional quando relata:

“(...) quando você não vem eu quase morro!” (M.V)

Ofereço escuta às demandas e relatos da paciente que se atém a relatos de sua piora clínica, o surgimento de sintomas como febre, o não funcionamento da colostomia, as reações adversas do uso das medicações etc.

Após o relato sobre suas vivências, oportunizo que a mesma escolha o que gostaria de realizar naquele atendimento, sugerindo as atividades que já percebo serem de seu interesse. A paciente deseja novamente jogar cartas e percebo que trata-se da retomada de uma atividade associada a presença da prima a quem a paciente chama de irmã, ofereço a atividade objetivando a vivência e retomada de hábitos anteriores ao processo de adoecimento e internação. Durante toda partida M.V orienta e auxilia nas jogadas, suas ajuda se dá em vista de a mesma ter ensinado o jogo. A certo ponto a prima percebe que M.V não se sente bem e o tempo é exato entre ela puxar uma lixeira e a paciente ter uma crise intensa de vômito. Porém isso não a abala, assim que sente-se aliviada M.V afirma desejo na retomada da atividade de jogos, inclusive solicitando a mudança para jogo de cartas UNO que aprendeu a jogar há pouco tempo.

Antes que retomemos a atividade, a paciente recebe a visita de dois colegas de trabalho e percebo ser uma deixa para encerramento da atividade e uma vez que retoma os relatos desde o descobrimento da doença e questiona sobre os acontecimentos em seu local de trabalho desde seu afastamento. Me despeço e pactuamos atendimento para dois dias depois.

Neste atendimento não só observou-se um grande interesse da paciente em valer-se das atividades propostas no enfrentamento de sua vivência hospitalar como uma aposta da mesma na efetividade das intervenções. Sua mudança de humor entre o início do atendimento e o

término foi evidente, ao chegar percebeu-se uma postura mais abatida, um relato das dificuldades, após o jogo, ainda que tenha vivenciado uma crise de vomito, arrumou o lenço e recebeu as visitas mais disposta e sorridente.

De Carlo, Queiroz e Santos (2007) discutem um conceito ampliado quando se fala da dor a definindo como:

“Uma condição de alta complexidade, que envolve tanto aspectos físicos e senso-perceptivos, quanto fatores psicológicos e emocionais, de aprendizado, éticos, ocupacionais, comportamentais, morais e religiosos. As reações à dor variam segundo a personalidade, o estado psicológico, as condições orgânicas, as experiências anteriores e o contexto sociocultural de cada um.” (pg.128)

Observa-se uma postura dos profissionais da saúde que mesmo habituados e tecnicamente qualificados para o enfrentamento e controle dor, mostram-se pouco sensíveis e principalmente não empáticos na compreensão de que a dor pertence a quem a vivencia. O que concluiu-se no caso acima é uma tendência a subestimar a dor em contrapartida a ideias errôneas ligadas a tolerância, dependência de medicamentos gerando um controle da dor ineficiente e/ou insatisfatório. (De Carlo e Queiroz, 2007)

Aplicada em M.V no início e ao fim da maioria dos atendimentos a Escala Visual Numérica (EVN), é explicada por Arantes (apud Othero e Palm, 2010) como processo em que o paciente é questionado e descreve a intensidade de sua dor numa escala de zero a dez sendo zero dor nenhuma e dez a pior dor possível. Segundo o mesmo autor a melhor escala é aquela em que o paciente descreve e mensura a própria dor.

O enfrentamento dessa dor se dá em diferentes âmbitos e de diferentes formas, ao terapeuta ocupacional cabe um enfrentamento a partir de outras intervenções prévias, sua ação agirá no ambiente, nos posicionamentos adequados e quebra de hábitos que favoreçam essa vivência álgica, as atividades ofertadas devem ser previamente elaboradas objetivando experiências prazerosas e incentivando a redescoberta de capacidades evitando frustrações e ansiedades. Mesmo a palavra dor deve ser evitada e retirada do centro da atenção do paciente, o principal objetivo é a quebra do círculo vicioso dor-ociosidade-dor. Diante de uma atividade prazerosa e que exige do paciente concentração, empenho há uma aumento na liberação de substâncias como endorfina agindo sobre a dor a partir da ação do próprio organismo e reduzindo o consumo de medicações analgésicas. (Pengo e Santos in De Carlo e Luzo 2004)

Quando discute-se a integralidade de cuidados que devem ser ofertados a um sujeito adoecido, podemos refletir os limites entre saúde e doença, e a forma como se deve buscar a cura da segunda reestabelecendo a primeira. Um ideal apontado por Merhy (in Ballarin in Othero, 2010) seria o de buscarmos produzir cuidado ao invés de tentar gerar cura, essa produção, que permearia nossas ações quanto profissionais de saúde, teriam como consequência a cura e/ou a promoção de uma forma qualificada de viver. No Brasil e em outros países em desenvolvimento, observa-se que a falta de informação, o acesso precário a serviços de saúde e demora no diagnóstico precoce de doenças oncológicas tem gerado um aumento na mortalidade desses pacientes. Na maioria dos casos a descoberta tardia da doença não dá outra alternativa que não medidas paliativas. Essas medidas de alívio do sofrimento então centradas em ações que promovam qualidade de vida e controlem a dor e demais sintomas de forma impecável diminuindo drasticamente o uso de intervenções curativas e invasivas. A atenção deixa de ser voltada a doença e temos a pessoa, seu conforto e sua família na centralidade dos cuidados (Othero, 2010).

De Carlo, Queiroz e Santos (2007) discutem como a morte passa a ser entendida como processo natural e o curso da doença deixa de sofrer interrupções, nem é adiado nem adiantado, as condutas profissionais passam a ser avaliadas também pelo paciente e familiar o que gera uma participação mais ativa dos mesmos e uma busca por um diálogo mais claro por parte da equipe.

Os objetivos da terapia ocupacional nesse estágio devem se transformar também, partindo pra uma perspectiva muito mais centrada naquilo que é significativo para o doente e no apoio a seus familiares e acompanhantes. No caso de M.V vale ressaltar que ela mesmo entendeu sua necessidade por cuidados paliativos semanas antes dessa conclusão por parte da equipe. Seu anseio pela interrupção dos procedimentos invasivos ainda no pré-operatório e o desejo por práticas mais voltadas a promoção de seu bem-estar são a prova disso. A busca da mãe pelo esclarecimento quanto ao caso da filha, seu relato de estar tranquila quanto as práticas paliativas demonstra que mesmo os familiares já estavam esperando esse desfecho. Foi observado que o desconhecimento e a falta de diálogos claros gera muito mais sofrimento que um diagnóstico que conduza a medidas paliativas exclusivas, após a confirmação do prognóstico percebeu-se uma postura menos ansiosa da mãe e uma prática de cuidado diante de M.V muito mais carinhosa.

5.4 Atendimentos multidisciplinares, intervenção junto aos familiares e acompanhantes

Num processo de internação quase nunca se está sozinho, e essa reflexão transpassa a vivência do paciente. Sendo o hospital um ambiente repleto de profissionais de saúde não haveria sentido nenhum em o paciente ser atendido apenas por um profissional. O trabalho em equipe enriquece as intervenções e facilita o enfrentamento dos casos uma vez que os diferentes olhares se complementam na estruturação de intervenções mais completas e efetivas proporcionando uma efetiva clínica ampliada. (Galheigo e Castro, 2010) Mas assim como os profissionais não estão sozinhos, os pacientes contam com seus familiares e acompanhantes que muitas vezes são parte integrante e fundamental das intervenções. Também é papel do terapeuta ocupacional ofertar cuidado ao familiar contribuindo assim com a melhoria da assistência prestada ao paciente. (Othero e Palm, 2010)

Atendimento 9

Ao retornar como pactuado encontro a paciente no leito, com membros superiores e inferiores muito edemaciados, o relato é de crise de intensas dores sem controle durante todo o dia e noite anteriores, as diversas intervenções medicamentosas ao qual foi submetida deixaram M.V extremamente sonolenta e afetaram diretamente suas capacidades funcionais impossibilitando assim qualquer intervenção que exigisse da paciente atenção, mudanças posturais, raciocínio lógico entre outros aspectos. O atendimento objetivou adequações posturais no leito que favorecessem a circulação combatendo assim os edemas, orientações e principalmente o acolhimento e escuta da paciente. Foram poucos minutos de atendimento, uma vez que a paciente estava sob efeito de muitas medicações e visivelmente fadigada e desorientada. As intervenções foram pontuais e direcionadas principalmente ao conforto da paciente.

A principal reflexão a partir desse atendimento foi com relação as ansiedades que partem dos profissionais de saúde, em geral, em ofertar um cuidado centrado em suas expectativas. Observa-se um preparo intenso para a execução de atendimentos complexos e muitas vezes a demanda dos paciente trata-se de ações simples e que visem essencialmente seu bem estar. A oferta de conforto foi o alvo dessa intervenção e verificar que a paciente conseguiu dormir logo em seguida evidenciou sua efetividade.

Atendimento 10

Em acordo junto a paciente e a equipe médica que acompanhava o caso, optou-se pela sedação de M.V. Essa medida paliativa tem como principal objetivo o alívio dos sintomas e do sofrimento e não anula a continuidade das condutas para controle da dor. Ao chegar ao quarto encontro a mãe de M.V com um algodão umedecido em água molhando os lábios da filha, M.V estava sem o lenço que costumava usar e seu leito em posição visivelmente desconfortável. Algumas condutas são adotadas na intervenção desse dia. Falo em tom de voz mais baixo e suave, informo ao ouvido de M.V a data e as horas, oriento a mãe que recoloca o lenço que ela sempre utilizava e que apontava como mais fresco e confortável de modo que a aparência de M.V volte a se aproximar minimamente do que era antes da nova conduta. Ajustes e orientações quanto à postura adequada no leito são dados à mãe. Informo a M.V que hoje o atendimento será familiar e que atenderei sua mãe na sala de terapia ocupacional. Solicito a acompanhante ao lado que me procure em caso de qualquer emergência orientando quanto ao local do atendimento. No caminho a sala de T.O encontramos a psicóloga que atendeu M.V no ambulatório do CACON, o caso é rapidamente explicado e opta-se por um atendimento em conjunto objetivando principalmente o acolhimento e o apoio e verificação do enfrentamento diante do quadro da paciente.

A mãe de M.V apontou questões desde o seu casamento, perpassando toda vida, infância, juventude até o momento atual da filha. Algumas questões do enfrentamento da própria finitude também foram apontados, mãe e filha se perdoaram antes de optar-se pela sedação, M.V desculpou-se por quaisquer atitudes grosseiras diante da mãe e a mesma com ela. Por vezes, durante o atendimento a mãe de M.V se emocionou ao falar sobre a própria história de vida, principalmente quando esclareceu que por ser vítima de violência doméstica e assédio moral por parte do ex-marido precisou deixar o lar e a filha que a orientava quanto as condutas do pai para prejudica-la no processo de separação era M.V por conta disso a fez uma promessa que sempre que ela precisasse estaria lá junto da filha para auxiliá-la no que fosse preciso.

Outras questões de ordem prática foram tratadas também, quanto aos bens de M.V, sobre a preparação em caso de falecimento, todas as orientações foram fornecidas à mãe e observou-se uma postura bem preparada por parte de ambas, segundo relatou M.V já havia providenciado tudo junto a ela e aos irmãos a quem revelara seus últimos desejos e a forma como gostaria que seus bens fossem repartidos. O atendimento em conjunto favoreceu um setting muito mais apropriado, observava-se que a mãe da paciente sentia-se efetivamente à vontade para compartilhar conosco suas vivências e percepções mais íntimas de modo que

podéssemos trabalhar os fechamentos e conclusões necessárias àquele momento inicial de ruptura. A mãe informou que em caso de falecimento optou-se pelo traslado de M.V até sua terra natal, Piauí, onde ocorreriam os ritos fúnebres e seu sepultamento. Ao final do atendimento a mãe relatou sua gratidão à equipe, especialmente a terapia ocupacional.

Na madrugada do dia seguinte, segundo informações da equipe de oncologia, M.V foi a óbito e as condutas e encaminhamento de seu corpo para sua cidade natal impossibilitaram novos atendimentos e acompanhamento junto a seus familiares.

Um hospital em si já é um centro multidisciplinar de saberes e conta com profissionais de diversas áreas que atuarão a partir de seus olhares sobre os sujeitos adoecidos. Não há sentido em ser atendido por um único profissional sempre ou subdividir o sujeito em seus acometimentos e cada profissional pegar a fatia que lhe diz respeito. Principalmente porque objetiva-se adicionar qualidade a vida desses sujeitos, dessa forma ações conjuntas não só potencializa a visão sobre o caso como favorece um suporte entre as partes no enfrentamento das possíveis adversidades. (Othero e Palm. 2010)

Uma observação importante apontada por De Carlo e Luzo (2004) é a visão empática sobre o paciente pois ele, sendo único, depara-se com uma equipe de diversos profissionais que passam a ditar não apenas sua rotina, mas como e o que ele deve fazer, a mesma pergunta é feita e refeita inúmeras vezes, a história é recontada e analisada sob diversos olhares. Atendimentos em conjunto minimizam esse estresse do paciente e permitem uma análise conjunta onde cada área pode oferecer sua contribuição na remontagem dos casos. (Pengo e Santos, 2004) Dentre as atribuições do terapeuta ocupacional no contexto hospitalar, segundo Othero e Palm (2010) está sua atuação em contextos hospitalares atendendo grupal ou individualmente a familiares, essa atenção contribui muito com a humanização desse ambiente uma vez que as relações humanas são alvo da terapia ocupacional e atuar junto ao familiar atinge diretamente o bem estar do paciente que apesar de adoecido mantém-se preocupado com aqueles que ama. De Carlo e Luzo (2004) ressaltam essa prerrogativa quando citam as questões familiares como participantes da globalidade desses sujeitos, intervir junto delas é garantir que a integridade dos sujeitos seja contemplada pelo processo terapêutico. Junto a mãe de M.V foi possível compreender melhor diversos pontos de sua história que ainda não estava de todo claro, suas vivências fora do período acompanhado pela terapia ocupacional e muito de suas escolhas foram esclarecidas por sua mãe durante as sessões e no atendimento final. Diversas alterações e mudanças nas intervenções vieram de suas colocações e observações que contribuíram muito na personalização das propostas o que tornou o processo facilitado. Os familiares muitas vezes são peças primordiais na construção de uma prática terapêutica adequada as reais demandas dos

sujeitos e é preciso estar atento as suas colocações.

6 conclusões

A vivência de um processo terapêutico envolve a aplicação de diferentes perspectivas de saber. Muito se vale da experiência acadêmica, literaturas e consultas no momento em que se constrói uma intervenção terapêutica ocupacional. Após a vivência de todo esse processo junto a M.V e seus acompanhantes e familiares, o que percebeu-se foi que alinhado a todo esse conhecimento é essencial uma parcela de entrega pessoal, o vínculo e a relação terapêutica por fim não passam de mais um encontro entre duas pessoas que tem mutuamente a acrescentar na vida um do outro.

É enganoso perceber-se enquanto detentor de um saber capaz de transformar o cotidiano de outra pessoa quando quem vai fornecer as ferramentas para essa mudança é exatamente o alvo dessa intervenção. Não existe fórmula prévia, nem terreno estável quando se trata de agir e interagir junto a um ser subjetivo repleto de vivências e construções oriundas de experiências de vida, anos de caminhada o tornando aquilo que é hoje. O certo é que é preciso se doar, despir-se de concepções e ceder espaço para uma escuta atenta do que efetivamente é significativo para o outro.

Realizar esse trabalho sozinho é erro fatal, há décadas vem se discutindo a importância de um trabalho descentralizado e centrado no sujeito e não na doença e para tanto faz-se necessário a participação de outros profissionais que ajam enquanto equipe acrescentando outros olhares ao caso e dividindo as cargas do mesmo. Após essa vivência concluiu-se que essa equipe é maior do que o imaginado por contar com alguns atores pouco citados como funcionários da limpeza, porteiros, vigias, guardas, muitas informações foram compartilhadas com essas pessoas, sua ajuda facilitou uma ampliação da proposta de conforto e assim gerou saúde e bem-estar.

Conclui-se por fim que o processo terapêutico é ainda mais amplo do que se imaginava ao início dessa produção, que o profissional de saúde, especialmente o terapeuta ocupacional, tem muito a aprender com cada sujeito participante do processo que conduz e que se o mesmo se permitir sensibilizar, ser tocado pelo outro, aí sim efetivamente conquistará o sucesso em sua atuação, pois só é possível transformar o outro quando o outro transforma a nós mesmos.

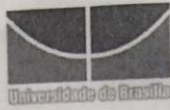
REFERÊNCIAS

- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. O QUE É O CÂNCER. DISPONÍVEL EM : _____. ACESSO EM 11/11/2015
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília, Editora MS, 2003
- CAREGNATO, R.C.A. e MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise do discurso versus análise do conteúdo. Texto e Contexto em Enfermagem, Florianópolis, 15(4), pg. 679 – 684, 2006.
- CASTRO, E.D. LIMA, E.M.F.A. et al. Análise da atividade: apontamentos para uma reflexão atual. In: DE CARLO, M.M.R.P. e LUZO, M.C.M.(organizadoras). Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares. São Paulo: Roca, 2004. Pg. 47 – 73
- CAVALCANTE, G. M.M.; TAVARES, M. M.F. & BEZERRA, W. C. Terapia Ocupacional e Capitalismo: Articulação Histórica e Conexões para Compreensão da Profissão. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 29-33, janeiro-abril de 2008.
- CORRÊA, F.M. Epidemiologia. In: GUIMARÃES, J.R.Q. Manual de Oncologia. São Paulo: BBS Editora, 2008. Pg.73 – 88
- DE CARLO et al., Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares. **Revista Prática Hospitalar**, São Paulo ano VIII, n. 43, p. 158-164, janeiro-fevereiro de 2006.
- DE CARLO, M. M.R.P. & BARTALOTTI, C. C. **Terapia Ocupacional no Brasil Fundamentos e Perspectivas**. São Paulo: Plexus Editora, 2001.
- DE CARLO, M. M.R.P. & LUZO, M. C.M. **Terapia Ocupacional Reabilitação Física e Contextos Hospitalares**. São Paulo: Roca, 2004.
- DE CARLO, M.M.R.P, BARTALOTTI, C.C e PALM, R.D.C.M. A terapia ocupacional em reabilitação física e contextos hospitalares: fundamentos para a prática. In: DE CARLO, M.M.R.P. e LUZO, M.C.M.(organizadoras). Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares. São Paulo: Roca, 2004. Pg.3 – 28
- DE CARLO, M.M.R.P. QUEIROZ, M.E.G. e SANTOS, W.A. Terapia Ocupacional em dor e cuidados paliativos, modelos de intervenção e perspectivas. In: DE CARLO, M.M.R.P. e QUEIROZ, M.E.G. Dor e cuidados paliativos: terapia ocupacional e interdisciplinaridade. São Paulo: Roca 2007. Pg. 126 – 145

- FRANCISCO, B. R. **Terapia Ocupacional**. 3º edição. Campinas, SP: Papirus, 2004.
- GALHEIGO, S. M. E ANTUNES, J. R. A caracterização da produção bibliográfica nas praticas hospitalares em T.O no Brasil. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 91-99, maio-agosto de 2008.
- GALHEIGO, S.M. e CASTRO, E.D. Humanização e cuidado: referenciais para a prática da terapia ocupacional junto à pessoa com câncer. In: Othero, M.B.(organizadora). **Terapia Ocupacional: práticas em oncologia**. São Paulo: Roca, 2010. Pg. 16 – 46
- OTHERO, M.B. Conceitos gerais sobre oncologia. In: Othero, M.B.(organizadora). **Terapia Ocupacional: práticas em oncologia**. São Paulo: Roca, 2010. Pg. 3 – 15
- OTHERO, M.B. e PALM, R.D.C.M. Terapia ocupacional em oncologia. In: Othero, M.B.(organizadora). **Terapia Ocupacional: práticas em oncologia**. São Paulo: Roca, 2010. Pg. 72 -110
- PENGO, M.M.S.B. e SANTOS, W.A. O papel do terapeuta ocupacional em oncologia. In: DE CARLO, M.M.R.P. e LUZO, M.C.M.(organizadoras). **Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Roca, 2004. Pg. 233 – 255
qualitativa” In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Planejamento da pesquisa qualitativa – teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006, p.15-42.
- ROCHA, E.F. e MELLO, M.A.F. Os sentidos do corpo e da intervenção hospitalar. In: DE CARLO, M.M.R.P. e LUZO, M.C.M.(organizadoras). **Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Roca, 2004. Pg. 29 – 46
- SILVA, R.F.A. e HOTERO, M.B. Plano de cuidados e trabalho em equipe. In: Othero, M.B.(organizadora). **Terapia Ocupacional: práticas em oncologia**. São Paulo: Roca, 2010. Pg. 47 -71
- SILVEIRA, L.A. MATSUDA, A.J. et al. Princípios dos agentes antineoplásicos. In: GUIMARÃES, J.R.Q. **Manual de Oncologia**. São Paulo: BBS Editora, 2008. Pg. 181 – 198
- VENTURA. M.M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Pedagogia médica**, Rio de Janeiro, 20(5), 2007.

ANEXO 1

Termo livre esclarecido



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL



*Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE
Paciente Adulto*

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto **Terapia Ocupacional na Atenção de Alta Complexidade: Humanização, Qualidade de Vida e Ocupação Humana no Hospital**. O objetivo desta pesquisa é obter um perfil das dificuldades dos pacientes que são acompanhados e atendidos nas enfermarias e ambulatorios do Hospital Universitário de Brasília para fornecer orientações e recursos para que estes pacientes possam lidar melhor com as situações decorrentes do tratamento, favorecendo sua independência e qualidade de vida. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de um questionário, com encaminhamentos posteriores que podem incluir atendimentos em grupo ou sessões individuais onde o(a) senhor(a) receberá orientações sobre a doença, recursos de tecnologia assistiva, como adaptações para utensílios de casa, talas para repouso das mãos ou prescrição de exercícios. Todos os procedimentos serão realizados na data combinada com um tempo estimado para sua realização de aproximadamente 1 hora. Serão utilizadas informações que constam em seu prontuário médico como forma de contextualização e detalhamento da história de sua doença e dos tratamentos que o(a) senhor(a) já realizou ou realiza atualmente, para auxiliar o atendimento prestado.

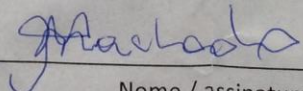
Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a participar de qualquer procedimento ou responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração, e há a **garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa**.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

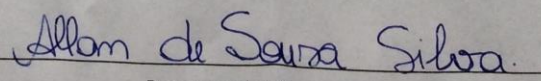
Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Prof. Pedro Almeida, da Divisão de Terapia Ocupacional do Hospital Universitário de Brasília, telefone: (61) 3448-5489 ou (61) 8337-9000, de segunda a sexta, das 8h às 18h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) senhor(a).



Nome / assinatura



Pesquisador Responsável

Brasília, 3 de setembro de 2015